

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/73572>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

Afvallen op maat bij patiënten met diabetes type 2

Dr. Tatjana van Strien

EADV Magazine, maart 2008, jaargang 23, nummer 1, pg. 47-48

Dr. Tatjana van Strien, Instituut voor [Gender studies](#) en het [Behavioral Science instituut](#), Radboud Universiteit, Nijmegen.

Gewichtsverlies is voor mensen met diabetes mellitus type 2 en (ernstig) overgewicht een belangrijke doelstelling, omdat het de diabetesregulatie, bloeddruk, bloedlipiden en het welbevinden helpt verbeteren. Het blijkt echter lastig om met een gewichtinterventie blijvend gewichtsverlies te realiseren. Gedragstherapie zou een oplossing kunnen bieden.

Uit een recente meta-analyse van dieet-interventies bij overwegend niet-patiënten bleek twee derde van de lijners uiteindelijk (na enkele jaren) zelfs zwaarder dan vóór dieet ¹. Ook resultaten van dieetinterventies bij patiënten met diabetes type 2 zijn vaak teleurstellend, zo bleek bijvoorbeeld uit een onderzoek van Van de Laar ². In dit follow-up onderzoek vier-jaar na een vermageringsinterventie bij 97 patiënten met diabetes type 2 uit diverse Nederlandse huisartsen praktijken kwam naar voren dat meer dan de helft van de patiënten zwaarder was dan vóór het dieet ³. Al deze patiënten waren onmiddellijk na de diagnose, geheel volgens de richtlijnen, verwezen naar een geregistreerd diëtist voor een dieetinterventie (gericht op beperking van totale energie, verzadigde vetten en cholesterol). Bijna alle patiënten waren na de interventie drie tot vier kilo kwijtgeraakt. Echter, slechts weinigen slaagden erin dit gewichtverlies te behouden en na vier jaar was ongeveer de helft van de patiënten zelfs drie tot vier kilo zwaarder dan vóór de interventie.

Theorieën over gewichtstoename

Volgens de restraint theorie (theorie van lijngericht eetgedrag) is het lijnen zelf een belangrijke risicofactor voor overeten en gewichtstoename, terwijl volgens andere theorieën de gewichtstoename het gevolg is van het feit dat het lijnen slechts het symptoom (het overgewicht) maar niet de eigenlijke oorzaak van het overgewicht bestrijdt (de reden waarom iemand in eerste instantie te dik werd).

Dieet als risicofactor

Om twee redenen is lijnen volgens de restraint theorie een mogelijke risicofactor. Ten eerste heeft ieder persoon een natuurlijk gewicht (set point gewicht) dat in een soort homeostatisch regelmechanisme in stand wordt gehouden. Op pogingen tot verlaging van dit natuurlijke gewicht door lijnen reageert het lichaam met fysiologische defensiemechanismen, zoals een vertraging van het basaal metabolisme. Deze vertraging is groter dan passend voor het lagere nieuwe gewicht, en blijft gedurende de gehele periode van gewichtreductie bestaan ⁴. Als mensen weer 'normaal' gaan eten komen zij weer vliegensvlug op hun oude gewicht en sommigen worden zelfs zwaarder: het yo-yo-plus effect.

Maar ook psychisch blijkt een dieet lastig vol te houden en is lijnen (paradoxaaliter) een mogelijke risicofactor voor overeten en overgewicht. Zo bleek in verschillende experimenten dat lijners gaan overeten wanneer ze een zelfopgelegde calorische grens hebben overschreden: "Deze dag is toch al verpest, dus het maakt niet meer uit"- dat idee. De bevinding dat juist lijners dit vreemde over-eetgedrag laten zien werpt ook licht op het ontstaan van eetbuien bij boulimia nervosa en binge

eating disorder. Mensen met eetbuien melden vaak dat aan de eerste eetbui een periode van streng lijnen voorafging ⁵. Ook Very low calory diëts gelden als potentiële risicofactor voor het ontstaan eetbuien ⁶.

Dieet als symptoombestrijding

Andere theorieën zoeken de oorzaak van overgewicht in een sterke mate van extern eten (eten op basis van geur en zichtbaarheid van voedsel) en/of emotioneel gericht eten (eten bij negatieve emoties of stress). Zogenoemd externe eters laten zich meer dan anderen leiden door sterke voedselprikkels uit de omgeving, zonder acht te slaan op werkelijke behoeften van honger of verzadiging. Ook de zogenaamd emotionele eters interpreteren hun lichamelijke signalen vaak niet goed. Maar van externe eters verschillen zij dat dit niet zozeer komt vanwege een sterke gerichtheid op voedselprikkels uit de omgeving, maar eerder omdat zij niet goed het verschil weten tussen fysiologische symptomen bij emoties en die bij honger en verzadiging. Omdat spanning dezelfde verzadigingsverschijnselen oproept als wanneer voedsel wordt opgenomen, is de normale reactie op negatieve emoties of stress namelijk juist verlies van eetlust.

Het Nederlandse diabetesonderzoek

In een prospectieve cohort studie naar 'adherence to diet' bij nieuwe patiënten met de diagnose diabetes mellitus type 2, werd onderzocht of personen na de twee consulten met de diëtist gezonder gingen eten (minder energie en betere vetten). Voor dit onderzoek vulden patiënten uit 33 Nederlandse huisartspraktijken op drie meetmomenten (bij de diagnose, acht week na de diagnose en vier jaar na de diagnose) vragenlijsten in over hun voedselconsumptie en hun eetgedrag (NVE) ^{2,3,7}. Daarnaast werd bij de patiënten ook de lengte en het gewicht gemeten.

De wijziging in eetgedrag bij de onderzoeksgroep gaat eerder om 'balansdag' lijnen (minder eten als de dag daarvoor teveel gegeten is) dan streng lijnen. In ander onderzoek bleek streng lijnen wel een belangrijke voorspeller voor gewichtstoename (referenties in 3). Toegenomen lijngerichtheid, zoals gemeten met de NVE, bleek zich ook niet in een verminderde inname van totale energie te vertalen (wat aangeeft dat het inderdaad om 'compensatie lijnen' gaat). Wél opmerkelijk was de samenhang tussen een verhoogde lijngerichtheid en een verminderde inname van vetten en verzadigde vetten. Ná de interventie kozen de patiënten blijkbaar eerder voor vis en olijfolie dan voor vlees en boter, hetgeen als een gunstige ontwikkeling kan worden aangemerkt.

Resultaten

Vier jaar na de diagnose rapporteerden de patiënten gemiddeld een lagere inname van energie en verzadigde vetten, terwijl de vrouwen ook een lagere inname van totale vetten rapporteerden. Ook vertoonden de patiënten na vier jaar gemiddeld een hogere mate van lijngericht eetgedrag. Echter, hoewel bijna alle patiënten, als gezegd, onmiddellijk na de dieetinterventie gewicht verloren, woog ongeveer de helft na vier jaar zelfs zwaarder dan bij de diagnose (het eerste meetpunt van het onderzoek). Hoewel dit resultaat te verwachten was op basis van ander onderzoek bij patiënten met diabetes 2 ⁸ is het de vraag hoe de uitkomst in dit onderzoek kan worden verklaard, gezien de gemiddeld lagere inname van energie en hogere mate van lijngerichtheid van de patiënten.

Lijngerichtheid onvoldoende voor gewichtverlies

Ten eerste moet worden opgemerkt dat een lagere inname van energie niet automatisch tot gewichtverlies leidt, omdat lijnen vaak met een efficiëntere stofwisseling samengaat. Voor langdurig gewichtverlies is het misschien zelfs nodig dat men steeds drastischer gaat lijnen...

Ondersteuning voor dit laatste gaf de bevinding dat de toename van lijngericht eten niet met gewichtverlies samenging.. De toename in lijngerichtheid bood blijkbaar onvoldoende tegenwicht aan de vertraagde stofwisseling, want anders waren de mensen wel afgevallen.

Gedragsprobleem voorspellende factor

Als lijngericht eten niet met een verandering in lichaamsgewicht samen gaat, dan kan de gewichtstoename die de patiënten lieten zien niet door het lijnen zélf zijn veroorzaakt. Wél werd de gewichtstoename significant voorspeld door de neiging tot overeten: de neiging tot emotioneel en extern eten van de patiënten bij de voormeting, vier jaar daarvoor. En ook de energie inname na vier jaar werd significant voorspeld door de neiging tot overeten bij de voormeting, vier jaar daarvoor ³. Deze laatste bevinding is geheel in overeenstemming met uitkomsten uit andere, experimentele, studies waar vooral de neiging tot overeten de voedselinname goed bleek te voorspellen (referenties in 3).

Opmerkelijk was dat de interventie noch bij de vrouwen, noch bij de mannen na vier jaar effect had op veranderingen in emotioneel eten en hetzelfde gold bij de mannen voor extern eten. Alleen bij de vrouwen was het externe eten na vier jaar significant lager maar de effect size van dit verschil was maar klein (0.2).. De belangrijkste verklarende factoren voor het overeten (emotioneel en extern eten) waren door de interventie dus nauwelijks veranderd, wat dan ook verklaart waarom de interventie op de lange termijn zo weinig succesvol was: De interventie had de eigenlijke oorzaak van het overeten niet bestreden en dan lijkt een gewichtstoename op de lange termijn niet meer dan logisch.

Conclusie voor de praktijk. Afvallen op maat

Een vermageringsdieet heeft bij een emotionele of externe eter weinig kans op blijvend succes. Deze mensen moeten (in gedragstherapie) eerst beter leren omgaan met hun gevoeligheid voor voedselprikkels of negatieve emoties. (zie 9). Alleen bij niet-emotionele en niet-externe eters kunnen goede resultaten van een vermageringstherapie worden verwacht.

Voor de praktijk betekent dit dat een diabetes type 2 patiënt voorafgaande aan een behandeling eerst moet worden geklassificeerd als potentieel succesvolle of niet succesvolle lijner. Dit kan, heel simpel: met de NVE. Van diverse populaties, uitgesplitst naar geslacht., gewicht of beide zijn normtabellen beschikbaar (gegevens bij meer dan 10.000 personen, zie 10). Op basis van het gevonden eetpatroon kan dan aan de hand van een beslisboom ^{9,10} voor iedere patiënt de juiste behandelingsstrategie worden bepaald. Een behandeling op maat met de NVE.

Referenties

1. Mann T, Tomiyama., et al., Medicare's search for effective obesity treatments. Diets are not the answer. American Psychologist. 2007;;62:220-233.
2. Van de Laar FA, Van de Lisdonk EH. et al., Fat intake in patients newly diagnosed with type 2 diabetes: a 4-year follow-up study in general practice. British Journal of General Practice. 2004; 5 :177-182.
3. Van Strien T, Van de Laar FA., et al., The dieting dilemma in patients with newly diagnosed Type 2 diabetes: Does dietary restraint predict weight gain 4 years after diagnosis? Health Psychology. 2007; 26:105-112.
4. MacLean P, Higgins JA., et al. Enhanced metabolic efficiency contributes to weight regain after weight loss in obesity-prone rats. American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative and comparative physiology. 2004;287::R1306- 121315.r.
5. Polivy J, Herman CP. Dieting and Binging. A causal analysis. American Psychologist. 1985; 40:194-201.
6. Vervaet M. Van Heeringen C. Binge eating in obese patients. Five years after treatment. Eating Disorders. The Journal of Treatment and Prevention. 1995;3:229-236.
7. Van Strien T. Van de Laar F. (2007) Intake of energy is best predicted by overeating tendency and consumption of fat is best predicted by dietary restraint: A 4-year follow-up of patients with newly diagnosed Type 2 diabetes. Appetite. 2007;doi:10.1016/j.appet.2007.08.005.
8. Norris SL, Zhang X., et al., Long-term nonpharmacological weight loss interventions for adults with type 2 diabetes. Cochrane database Syst Rev, 2005b Apr 18; ((2): CD004095.
9. Van Strien T. Afvallen op maat een methode met blijvend resultaat. Amsterdam: Boom. 2007.
10. Van Strien T. Nederlandse Vragenlijst voor Eetgedrag (NVE) Handleiding. Amsterdam: Boom test uitgeverij. 2005